

# Voiko rattijuoppoutta hoitaa?

Juhani Lehto

## Johdanto

Erityisesti Pohjois-Amerikassa on panostettu 1960-luvun lopulta lähtien kokeiluihin ja toimintamalleihin, joissa rattijuoppojen uusintarikollisuutta on pyritty vähentämään kohdistamalla heihin kuntouttavia ja terapeuttisia toimia rangaistusten sijasta tai ohella. Myös Saksan liittotasavallassa on ollut tämän alan laajahkoa kokeilutoimintaa 1970-luvun loppupuolelta lähtien (Utzelmann 1983 & 1984). Samoin Pohjoismaissa on käynnistynyt rattijuoppojen hoidon kokeiluja (Valverius 1983; Rattfällan 1987; Roine & al. 1987).

Käytännöllisesti katsoen kaikki saatavilla olevat raportoidut tutkimukset ja kokeilut on tehty liikenneturvallisuuden tai seuraamusjärjestelmän kehittämisen näkökulmasta. Kuntoutusta tai terapiaa on siis pidetty vaihtoehtoisina keinoina edistää liikenneturvallisuutta tai kehittää seuraamusjärjestelmää.

Alkoholiongelmaisten hoidon ja elämän tutkimuksessa ei auto ole saanut merkittävää tai itsenäistä sijaa. Kuitenkin auto ja sillä ajaminen voivat olla samanlainen juomista rajoittava (itsekontrollia motivoiva) tekijä kuin perhe, työpaikka ja näkyvä yhteiskunnallinen asema. Perheen ja työpaikan merkitystä hoitoonohjauksessa, hoitomotivaatiossa ja hoidon toteuttamisessa on käsitelty tuhansissa julkaisuissa. Vaikka auto on varsin keskeisessä asemassa elämäntavassamme, on se kuitenkin ollut terapiapohdintojen ulkopuolella. Ei ole autoterapiaa (vrt. perheterapia) eikä autoilijoiden hoitoonohjausta (vrt. työpaikkojen hoitoonohjaus) muutoin kuin rattijuopumuksesta kiinni jäämisen jälkeen. Vastaava suhtautuminen muilla elämänalueilla merkitsisi sitä, että perheterapiaa tarjottaisiin vasta perheen hajoamisen jälkeen ja hoitoonohjausta vasta työsuhteen irtisanomisen jälkeen.

## Ovatko rattijuopot alkoholisteja?

USA:ssa uskottiin 1950-luvulla yleisesti, että rattijuopot ovat alkoholin kohtuukäyttäjiä (Vingilis 1983, 299). Nykyään käsitys on aivan toinen. Itse asiassa kuka tahansa rattijuoppo voidaan luokitella vähintään "varhaisvaiheen alkoholistiksi" (Weisner & Room 1984, 179).

Edellä mainittu kehitys liittyy myös alkoholismin määrittelyn ongelmiin. Esimerkiksi monissa tutkimuksissa käytettävä MAST-testi (Michigan Alcoholism Screening Test) muodostuu 25 juomiseen liittyvästä kysymyksestä. Kaksi 2 pisteen arvoista kysymystä liittyy suoraan juomisen jälkeen ajamiseen ja rattijuopumuksesta kiinni jäämiseen. Juomiseen liittyvistä syyllisyydentunnoista saa lisäpisteitä. Kun testin kehittäjien mukaan 4 pistettä "viittaa alkoholismiin" ja 5 pistettä merkitsee sitä, että kyseessä on "otaksuttavasti alkoholisti", joutuu jokainen syyllisyyttä tunteva, ensi kertaa rattijuopumuksesta kiinni jäänyt alkoholistien kategoriaan testiä käytettäessä (Vingilis 1983, 303).

Toki käytössä on MAST-testiä parempia alkoholistien erottelijoita, mutta esimerkki osoittaa eri tutkimusten vertailun ongelmallisuuden.

Suomessa tehdyt nk. ratsiatutkimukset (Pikkarainen & Penttilä 1987, 192) osoittavat, että liikenteessä alkoholin vaikutuksen alaisena ajavien kokonaispopulaatiossa on monin verroin enemmän nk. kohtuukäyttäjiä kuin kiinni jääneiden populaatiossa. Ongelmakäyttäjien riski jäädä kiinni rattijuopumuksesta on suurempi muun muassa siksi, että he ajavat kovemmassa humalassa ja epävarmemmin sekä kiinnittävät helpommin poliisin huomion. Toinen ryhmä, joka näyttää olevan "yliedustettuna" kiinni jääneiden joukossa, on nuoret kuljettajat (vrt. Voas & al. 1986, 244–247). Heillä riski syyllistyä humalassa ajaessa muihinkin liikenne-

rikkomuksiin kuin rattijuoppouteen on keskimääräistä suurempi. Hekin saattavat kiinnittää poliisin huomion keskimääräistä helpommin tai ajaa useammin niinä aikoina, jolloin poliisi tekee rattijuopumusratsioita.

Suomalaisissa tutkimuksissa (Pikkarainen & Penttilä 1987, 193) on päädytty arvioon, että noin kolmasosa tai puolet kiinni jääneistä rattijuopoistamme on alkoholisteja. Tähän päädytään eri kyselytesteillä, mittaamalla rattijuoppojen maksan toimintahäiriöitä osoittavia entsyymiarvoja (GGT, ASAT/ALAT) sekä laskelemasta, jonka mukaan jopa puolet rattijuopumuksesta kiinni jääneistä on myös aiemmin tuomittu samasta rikoksesta.

### ***Ovatko alkoholistit rattijuoppoja?***

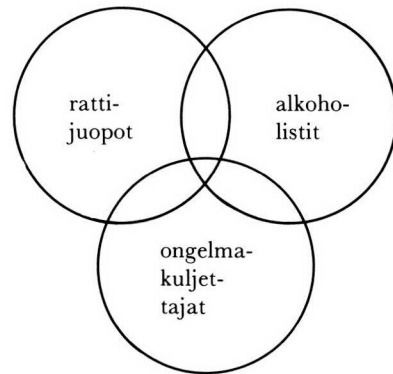
Pohjoisamerikkalaisissa liikenneonnettomuustutkimuksissa on päädytty vaihteleviin arvioihin siitä, miten suuri on alkoholistien riski joutua liikenneonnettomuuteen verrattuna koko aikuisväestöön. Keskimäärin riski vaikuttaa olevan noin 1,5—2-kertainen. Alkoholistien riski joutua sellaisiin onnettomuuksiin, joissa alkoholi on vaikuttavana tekijänä, on kuitenkin suurempi, noin 10—15-kertainen (Vingilis 1983, 332—333). Näissäkin luvuissa ongelmana ovat alkoholistiksi luokittelun kriteerit.

Kuitenkaan kaikki alkoholisteiksi luokitellut eivät ole riskikuljettajia. Osa heistä ei aja lainkaan. Osa ajaa, mutta ei humalassa, eli kykenee kontrolloimaan juomistaan ainakin ajamisen suhteen tai ainakin ajamistaan juomisen suhteen. Ja osa ajaa silloin tällöin humalassa, mutta pystyy ajamaan tällöinkin varovaisesti eikä joudu onnettomuuksiin tai jää kiinni, eli kykenee kontrolloimaan ainakin ajamistaan myös humalassa. Koska alkoholistilla alkoholitoleranssi lisääntyy, hän todennäköisesti kykenee ajamaan humalassa kontrolloidummin kuin alkoholin satunnaiskäyttäjää.

Alkoholistien ja rattijuoppojen lisäksi liikenteessä on muitakin riskikuljettajia, usein onnettomuuksiin joutuvia kuljettajia. Monista tutkimuksista esitetään yhteenvetona (Donovan & al. 1985, 375), että riskikuljettajilla esiintyy normaalia enemmän

1. tunne-elämän epävakaisuutta
2. impulsiivisuutta ja jännityksen etsimistä

Kuvio 1. Rattijuoppojen, alkoholistien ja muiden ongelmakuljettajien kokonaispopulaatioiden suhteet



3. avointa ja peitettyä vihamielisyyttä

4. masentuneisuutta ja alhaista sisäisen elämänhallinnan kykyä.

Tällaiset luonnehdinnat ovat varsin ongelmallisia. Ne voivat enemmän kuvata tutkittavien elinolosuhteita tai tutkimustilanteen asetelmia. Niitä on myös hyvin vaikea operationalisoida esimerkiksi riskikuljettajien seulomiseksi etukäteen. Toisaalta luonnehdinta muistuttaa varsin paljon hoitoon tulevien alkoholistien psykologisessa testauksessa esiin tulevia yleisiä piirteitä (vrt. esim. Barnes 1979). Samoin luonnehdinta viittaa yhtymäkohtiin nk. borderline-sivudiagnoosin saavien alkoholistien ominaisuuksiin (vrt. esim. Hartocollis 1982). Riskikuljettaja olisi eräänlainen "autoholisti", joka hakee jännitystä, rentoutusta ja elämänsisältöä autolla ajamisen riskeistä siinä, missä toiset saavat sitä alkoholin juomisen riskeistä.

Loppujen lopuksi päädytään kolmeen osittain päällekkäiseen ja osittain samoja ominaisuuksia sisältävään ryhmään, joiden suhteet voidaan kuvata E. Vingilisiä (1983, 337) mukaellen (kuvio 1).

Päädytään ongelmiltaan ainakin neljän tyyppisiin rattijuoppoihin:

1. niihin, jotka ovat myös alkoholisteja ja muutenkin ongelmakuljettajia,
2. niihin, jotka eivät ole alkoholisteja, mutta ovat muutenkin ongelmakuljettajia,
3. niihin, jotka eivät ole muuten ongelmakuljettajia, mutta ovat alkoholisteja, ja
4. niihin, jotka eivät ole alkoholisteja eivätkä muuten ongelmakuljettajia.

Lisäksi on viides ongelmakuljettajien ryhmä, jolla on paljon samoja piirteitä neljän muun ryhmän kanssa, mutta joka ei ole (ainakaan vielä) jäänyt kiinni rattijuopumuksesta.

### ***Alkoholistitkin ovat erilaisia***

Alkoholismista nykylääketieteessä käytetty määritelmä on alkoholiriippuvuusoireyhtymä. Käsite oireyhtymä, syndrooma, ilmaisee sen, että kyseessä on erilaisia ilmenemismuotoja saava tila. Riippuvuus on osittain biologista, osittain psyykkistä ja osittain sosiaalista; näiden tekijöiden vuorovaikutus ja suhteet ovat eri alkoholisteilla erilaiset (Anokhina 1987).

Alkoholismin hoidon näkökulmasta on syntynyt varsin yleinen käsitys, että tuloksellisen hoidon saavuttamiseksi alkoholistien kokonaisuusjoukko on kyettävä jakamaan erilaisiin alaryhmiin. Tavoitteena on ”matching”, erilaisten hoito-ohjelmien kohdistaminen erilaisiin alkoholisteihin (vrt. esim. Pattison 1982; McLellan & al. 1983; Lyons & al. 1982; Lindström 1986). Lähtökohtana on toisaalta se, että saman hoidon tarjoaminen kaikille alkoholisteille on tuottanut tunnetusti varsin heikkoja tuloksia (vrt. esim. Polich & al. 1980), ja toisaalta se, että hoitotuloksia jälkikäteen arvioitaessa erilaiset alkoholistit näyttävät hyötyvän eri tavoin samasta hoidosta. Ongelmana on ainakin toistaiseksi se, että on vaikeaa muodostaa kriteerejä, joilla ennen hoitoa eroteltaisiin erilaisista hoidoista hyötyvät alkoholistit toisistaan (Finney & Moos 1986).

### ***Rattijuoppojen hoitokokeilujen malleja***

Saksan liittotasavallassa henkilö, jolta toisen rattijuopumuksesta kiinni jäämisen vuoksi on peruutettu ajokortti, saa kortin takaisin vasta lääketieteellis-psykologisen tarkastuksen jälkeen. Tähän tarkastukseen joutuviin henkilöihin on 1970-luvun lopulta asti kokeiltu kolmea hoitomallia (Heinrich 1981). Kahdessa mallissa työskennellään 8—10 hengen ryhmissä ja psykologi vetää 13 kahden tunnin istuntoa seitsemän viikon aikana. Nämä mallit eroavat psykologiselta orientaatioltaan, toinen perustuu käyttäytymisterapiaan ja toinen psykoanalyttiseen psykologiaan. Kolmas malli rakentuu itsehoitomallien mukaiselle oman juomisen

tarkkailulle ja sen jälkeen kahteen viikonloppuun ajoittuville ryhmäistunnoille (12 tuntia yhteensä).

Kaikkiin liittotasavallan hoitomalleihin mukaan pääsyn yhtenä kriteerinä on ollut se, ettei mukaan tulija ole ”riippuvainen alkoholista”. Hoitotuloksia pidetään rattijuopumuksesta uudelleen kiinni jäämisellä mitattuna varsin hyvinä. Kolmen vuoden jälkeen oli Mainzissa seuratussa kokeilussa uudestaan kiinni jääneitä 8,9 % kurssin käyneistä (Utzelmann 1984). Koska kokeilusta ei ole raportoitu vertailua mihinkään kontrolliryhmään, on sen vaikuttavuutta mahdotonta arvioida.

Ruotsissa on vankeinhoitohallituksen toimesta parhaillaan käynnissä pedagoginen hoitokokeilu, jossa rattijuopumuksesta 1—2 kuukauden vankeustuomion saaneilla on mahdollisuus korvata osa vapausrangaistustaan neljän viikon AA-henkisellä pedagogisella kurssilla laitosympäristössä. Kesällä 1987 oli jo 1 000 henkilöä osallistunut kurseille (Rattfällan 1987). Tuloksien arviointiin ei ole vielä ollut mahdollisuutta.

Englanninkielisellä alueella on toteutettu kymmenittäin rattijuoppojen hoitokokeiluja, joista on tehty lukuisia raportteja ja useita yhteenvetoja (Nichols & al. 1981; Vingilis 1983; Liban & al. 1985; Mann & al. 1983). Suurin osa kokeiluista on kuitenkin toteutettu ilman riittävää tutkimuksellista koeasetelmaa (ilman kontrolliryhmiä, ilman satunnaista hoitoon valintaa, ilman tuloksiin vaikuttavien muiden tekijöiden vakioimista jne.). On löydetty vain 15 kokeilua, jotka täyttivät kokeellisen tutkimusasetelman perusvaatimukset (Mann & al. 1983, 442).

Hoitomalleja on kokeiltu lyhyistä uudelleen-koulutuskursseista psykiatriseen sairaalahoittoon ja lääkehoitoon asti. Seuraavassa joitakin esimerkkejä:

Power Motivation Training (Swenson & al. 1981, 644), jossa 15 rattijuoppoa ja 2 terapeuttia työskentelee ryhmänä kahtena viikonloppuna yhteensä 32 tuntia käyttäytymisterapeuttisten mallien mukaisesti.

”Rattijuoppoterapiatyöpaja” (Swenson & al. 1981, 644), jossa kuudessa istunnossa yhteensä 15 tuntia pohditaan ryhmätyönä alkoholiin ja ajamiseen liittyviä ongelmia. Lisäksi terapeutti ja rattijuoppo keskustelevat yksityi-

sesti tunnin ajan ongelmien kartoittamiseksi.

Traffic Survival School (McGuire 1982, 138), jossa keskimäärin 35 rattijuopon luokalle pidettiin kahdeksan 3 tunnin opintojaksoa tavoitteina ongelman tiedostaminen, arvostelukyvyn lisääminen ja alkoholia koskevan tiedon lisääminen.

West Court Discussion (McGuire 1982, 139), jossa paikallisten tuomioistuinten tuomarit pitivät 13 puolentoista tunnin oppituntia.

Kirjeopisto (McGuire 1982, 139), jossa rattijuoppo vastasi kyselyihin ja kysymyksiin kirjeenvaihdossa; molempiin suuntiin kulki 9 kirjettä kolmen kuukauden aikana.

Alkoholistien ryhmäterapia (McGuire 1982, 139—140), jossa paikallinen mielenterveystoimisto järjesti pienryhmässä 10 puolentoista tunnin terapiaistuntoa; niissä keskityttiin psykiatrin johdolla alkoholiin ja ajamiseen.

Yksilöllisesti suunniteltu pitkäaikainen laitosp- ja avohoito (Argeriou & al. 1977, 331—333), jossa sovellettiin laitoshoidoa, yksilöterapiata ja ryhmäterapiata jopa vuoden mittaisina hoitajaksoina alkoholisoituneisiin rattijuoppoihin.

Viikoittainen vastaanotolla käynti yhden vuoden ajan (Mann & al. 1983, 455) psykiatrisen hoitojärjestelmän toteuttamana ja sisältäen tarvittaessa laitoshoitajakson sekä mahdollisesti lääkehoitoa.

Edellä esiteltyjen kaltaisia malleja on käytetty rangaistusten ohella, korvaamaan osan rangaistuksesta tai sidottuna nopeampaan ajokortin takaisin saamiseen.

### ***Hoitokokeilujen vaikuttavuudesta***

Saatavissa olevan kirjallisuuden perusteella on vaikeaa saada luotettavaa kuvaa eri ohjelmien vaikutuksista. Seuraavat seikat kuitenkin toistuvat arvioissa (Mann & al. 1983; Liban & al. 1985; Nichols & al. 1981):

1. Yleisesti ottaen kontrolloimattomista tai muuten koeasetelmaltaan epätydyttävistä kokeiluista raportoidaan parempia tuloksia kuin kontrolloiduista kokeiluista.

2. Lievemmin päihdeongelmaiset saavat kaidista ohjelmista parempia tuloksia kuin vaikeammin päihdeongelmaiset. Toisaalta he saavat parempia tuloksia myös ilman hoitoa tai koulutusta, joten he eivät ole itsestään selvästi

suositeltavampi hoidon kohde.

3. Kaikentyyppisistä hoitomalleista on sekä kokeiluraportteja, joiden mukaan hoidetulla ryhmällä ei mene paremmin kuin kontrolliryhmällä, että raportteja, joiden mukaan hoito tuottaa parempia tuloksia kuin hoitamattomuus.

4. Hoitotulokset ovat yleensä parempia tietojen ja asenteiden muuttumisella mitattaessa kuin alkoholielämäntapojen muutoksella mitattaessa. Rattijuopumuksen uusimista useimmat ohjelman vähentävät ainakin jonkin verran. Sen sijaan huonoimmat tulokset saadaan, jos tulosta mitataan onnettomuusalttiuden vähenemisellä.

5. Mitään yksiselitteisen tehokasta menetelmää ei ole raportoitu. Toisaalta monilla eri menetelmillä saadaan tuloksia, jotka ovat parempia kuin ei mitään. Tuskin yksikään hoitokokeilu on tuottanut huonompia tuloksia kuin pelkkä rangaistus ja hoitamattomuus; ainaakaan tällaisia tuloksia ei ole raportoitu.

Tulokset siis ovat paljolti samansuuntaisia kuin alkoholistien erilaisten hoitomallien tuloksellisuustutkimuksen tulokset yleensäkin (vrt. Emrick 1975; Polich & al. 1980). Ne ovat myös samansuuntaisia kuin tulokset moninlaisista kokeiluista, joissa muunlaiseen rikollisuuteen on sovellettu normaaleja vankeusrangauksia hoidollisempia seuraamuksia (Kühlhorn 1986, 48). Tällaisten erityisheikkäisempien seuraamusten vaikuttavuudesta ei E. Kühlhornin mukaan ole kriminologisessa tutkimuksessa saatu vakuuttavaa näyttöä.

### ***Mitä tuloksia odotetaan?***

Kokeilujen raportoinnissa on käytetty useimmiten liikenteeseen liittyviä tuloksellisuuskriteerejä. Tällöin kuitenkin hoitoa tarkastellaan seuraamuksena rikoksesta eikä yksilön hoidon tarpeen tyydyttämisenä. Hoidon tarve esiintyy pahimmillaan ohjelmista pois sulkevana perusteena (vrt. Saksan liittotasavallan mallit) eikä erityisperusteena hoidon antamiseen rangaistuksen sijasta. Näin ollen voisi väittää, että useimmissa kokeiluissa hoidon logiikka on alistettu rangaistusjärjestelmän logiikalle.

Hoidon näkökulmasta voisi lähtökohdaksi ottaa esimerkiksi sen, että jos hoidolla saadaan



yhä hyvät tulokset kuin rangaistuksella, on hoito sitä perustellumpi, mitä suuremmasta hoidon tarpeesta on kysymys. Voisi myös ajatella, että jos hoito tuottaa vain vähän huomattavan tuloksen kuin rangaistus, se on silloinkin parempi vaihtoehto.

Hoidon ja rangaistusten tulosten vertailu on ongelmallista myös siksi, että rangaistuksilla tähdätään erityisestävän (rangaistavaan itseensä kohdistuvan) vaikutuksen lisäksi ennen muuta yleisestävään (liikennekäyttäytymiseen yleensä kohdistuvaan) vaikutukseen. Hoitoa taas tulee tarjota niin, että sitä tarvitsevat hakeutuisivat vapaaehtoisesti hoitoon. Jos siis rangaistus voidaan tehdä pelottavaksi, hoito tulee tehdä mahdollisimman houkuttelevaksi.

C. Weisner ja R. Room (1984, 176—180) ovatkin havainneet, että rattijuoppojen ohjaaminen oikeuskäsittelyn kautta hoitoon on osa laajempaa alkoholistien hoitojärjestelmän muutosta USA:ssa. Samaan muutokseen kuuluu useita muitakin pakottavan hoitoon ohjaamisen menetelmiä, kuten perheväkivallan, lasten pahoinpitelyn, väkivaltarikollisuuden ja jopa varkauksien oikeuskäsittelystä hoitoon määrääminen tai mahdollisimman tiukan työpaikkojen hoitoonohjauksen järjestäminen. Muutokseen kuuluu ylipäänsä sellainen arvio päihdeongelmista, että heidät on mahdollista saada hoitoon vain järjestettyjen ”konfrontaatiotilanteiden” kautta. Taustana tälle muutokselle on Weisnerin ja Roomin mukaan yksityisten hoitoyksiköiden tarve varmistaa riittävä ja vakaa asiakkaiden tulo. Samalla kuitenkin alkoholismin määritelmä on alkanut uudestaan laventua: hoidon piiriin vedetään myös ”varhaisvaiheen alkoholisteja” ja ”myötäalkoholisteja”, niitä alkoholistien läheisiä, joita syytetään alkoholistin juomisen ”mahdollistajiksi”. Myös hoitohenkilökunnan rooliin kohdistuu muutospaine: hoitajilta vaaditaan taas asiakkaiden tiukkaa kontrolloimista yhteiskunnan edun nimissä. Tämä johtaa helposti ristiin palvelevan ja terapeuttisen roolin kanssa, kuten myös USA:ssa vahvana vaikuttavan AA-aatteen kanssa.

### **Arviointia**

Todennäköisesti kaikkein pienin tulos rattijuoppojen hoidolla saadaan, jos sitä mitataan

liikenneturvallisuuksien kohenemisella. Tämän voi perustella jo pelkän todennäköisyysskennan avulla. Esimerkiksi USA:ssa todennäköisyys, että tänä vuonna rattijuopumuksesta kiinni jäänyt henkilö olisi ensi vuonna rattijuoppo osallisena kuolemankolariin, on selvästi pienempi kuin 1/100 (Nichols & al. 1981, 1311). Toisin sanoen hoitamalla tänä vuonna kaikki rattijuopot siten, että heistä yksikään ei ole rattijuoppo ensi vuonna, vähennettäisiin rattijuoppojen kuolemankolareita alle prosentilla. Ja kun mikään hoito ei tuota läheskään täydellisiä tuloksia, on tosiasiallinen tulos kaikkien rattijuoppojen hoitamisesta vielä pienempi, ja jos kaikkia tai vaikeimmin alkoholisoituneita (todennäköisemmin kuolemankolareihin joutuvia) ei hoideta, on tulos enintään promillen osien luokkaa.

Liikenneturvallisuuksien edistämisen keskeisiä välineitä eivät ylipäänsä ole yksittäisiin kuljettajiin kohdistettavat toimet. Keskeisiä ovat esimerkiksi joukkoliikenteen edistäminen, taksin käytön edistäminen, nopeusrajoitukset ja tekniset ratkaisut ajoneuvojen ja teiden turvallisuuden edistämiseksi sekä yleinen vaikuttaminen kuljettajien tietoihin ja asenteisiin. Näillä menetelmillä kyetään vähentämään myös rattijuoppojen aiheuttamia liikenneturvallisuusriskejä tehokkaammin kuin kohdistamalla interventioita yksittäisiin kuljettajiin. Vastaavasti alkoholin kokonaiskulutusta rajoittavat alkoholipoliittiset toimet ovat keskeisiä myös säädeltäessä alkoholiongelmaisten kokonaismäärää, jolla taas on suora yhteys kuljettajina toimivien alkoholiongelmaisten määrään.

Kuten muissakin alkoholiongelmissa, myös rattijuoppoudessa hoito on nähtävä ennen muuta syntyneiden ongelmien korjaajana. Uusien ongelmien ehkäisyssä muut toimet ovat keskeisempiä.

Hoitokokeilut eivät toisaalta ole johtaneet liikenneturvallisuuksien heikkenemiseen. Kokeilujen pohjalta on kuitenkin vaikeaa arvioida, miten vaikuttaisi rangaistusten yleinen ja pitkäaikainen korvaaminen osittain tai kokonaan hoidolla. Tämän arvioiminen on sikälikin tärkeää, että useimmin hoidon tarpeessa lienevät ne samat rattijuopot, jotka nykyisin saavat uusijoina kärsiä kovimmat rangaistukset.

Alkoholismin ja päihdeongelmien hoidon

yleisen kehityssuunnan mukaisesti olisi syytä erotella rattijuopot tarkemmin erilaisia hoitoja tarvitseviin alaryhmiin. Samalla voisi olla syytä pohtia, olisiko myös muihin ongelmakuljettajiin — esimerkiksi toistuvasti työsuhdeautolla ylinopeuksiin syyllistyviin — kohdistettava hoidollisia interventioita (tai rattijuoppoustuomioihin verrattavia rangaistuksia), mikäli tämä koetaan perustelluksi rattijuoppojen kohdalla. Rattijuoppojen ja muiden ongelmakuljettajien yhtäläisyyksien vuoksi tämä tuntuisi oikeudenmukaiselta ja loogiselta. Myös muilta ongelmakuljettajilta voitaisiin löytää muuten havaitsematta jääneitä psykososiaalisen hoidon tarpeita.

Mikäli päädytään hoitoon rangaistusten vaihtoehtona, lienee perusteltua arvioida toimenpiteitä ensisijaisesti hoidon tarpeen pohjalta. Tällöin päihdeongelmien yleiset hoitomallit ja -yksiköt tarjoavat parhaat vaihtoehdot. Toisaalta yleisissä päihdeongelmaisten hoito-ohjelmissa saattaisi olla syytä ottaa nykyistä systemaattisemmin huomioon auton merkitys päihdeongelmissa ja niiden voittamisessa.

### **Kirjallisuus**

Anokhina, I.: Esitelmä. International Institute on Treatment and Prevention of Alcoholism. Lausanne 31. 5.—5. 6. 1987. (Julkaisematon)

Argeriou, M. & Manohar, V.: Treating the problem drinking driver: Some notes on the time required to achieve impact. *British Journal of Addictions* 72 (1977), 331—338

Barnes, G.: The alcoholic personality — a reanalysis of the literature. *Journal of Studies on Alcohol* 40 (1979), 571—634

Donovan, D. & Queisser, H. & Salzberg, P. & Umlauf, R.: Intoxicated and bad drivers: Subgroups within the same population of high-risk men drivers. *Journal of Studies on Alcohol* 46 (1985), 375—382

Emrick, C.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism, II. *Journal of Studies on Alcohol* 36 (1975), 88—108

Finney, J. & Moos, R.: Matching patients with treatments: Conceptual and methodological issues. *Journal of Studies on Alcohol* 47 (1986), 122—134

Hartocollis, P.: Borderline syndrome and alcoholism. P. 628—635. In: Pattison, E. & Kaufman, E. (eds.): *Encyclopedic handbook of alcoholism*. New York: Gardner Press, 1982

Heinrich, H.: Alcohol safety programs in the Federal Republic of Germany. P. 1271—1282. In: Goldberg, L. (ed.): *Alcohol, drugs and traffic safety*. Vol. III. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1981

Kühlhorn, E.: Allmänprevention och individualpre-

vention. Bilaga 2. I: Huvudbetänkande av fängelsestraffkommittén. Statens offentliga utredningar 1986:15. Stockholm 1986

Liban, C. & Vingilis, E. & Blefgen, H.: *Drinking-driving countermeasure review: the Canadian experience*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1985

Lindström, L.: Val av behandling för alkoholism. Stockholm: Liber, 1986

Lyons, J. & Welte, J. & Brown, J. & Sokolow, L. & Hynes, G.: Variation in alcoholism treatment orientation: Differential impact upon specific subpopulations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 6 (1982), 333—343

Mann, R. & Leigh, G. & Vingilis, E. & De Genova, K.: A critical review on the effectiveness of drinking driving rehabilitation programmes. *Accidents Analysis & Prevention* 15 (1983):6, 441—461

McGuire, F.: Treatment of the drinking driver. *Health Psychology* 2 (1982), 137—152

McLellan, T. & Woody, G. & Luborsky, L. & O'Brien, C. & Druley, K.: Increased effectiveness of substance abuse treatment — a prospective study of patient-treatment "matching". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 171 (1983), 597—605

Nichols, J. & Weinstein, E. & Ellingstad, V. & Struckman-Johnson, D. & Reis, R.: The effectiveness of education and treatment programs for drinking drivers: A decade of evaluation. P. 1298—1328. In: Goldberg, L. (ed.): *Alcohol, drugs and traffic safety*. Vol. III. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1981

Pattison, E.: A systems approach to alcoholism treatment. P. 1089—1108. In: Pattison, E. & Kaufman, E. (eds.): *Encyclopedic handbook of alcoholism*. New York: Gardner Press, 1982

Pikkarainen, J. & Penttilä, A.: Alkoholi ja liikenne. S. 190—195. Teoksessa: Kiiänmaa, K. & Ylikahri, R. (toim.): *Alkoholi: vaikutukset elimistöön ja terveyteen*. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1987

Polich, J. & Armor, D. & Braiker, H.: Patterns of alcoholism over four years. *Journal of Studies on Alcohol* 41 (1980), 397—416

Rattfällan — kurs inom kriminalvården om trafik och alkohol. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen, 1987. (Moniste)

Roine, R. & Penttilä, A. & Karhunen, P. & Kauppila, R. & Liesto, K. & Tiainen, E. & Ylikahri, R. & Salaspuro, M. & Pikkarainen, J.: Alkoholi-ongelmaisten rattijuoppojen hoitokokeilu. *Alkoholipolitiikka* 52 (1987): 1, 18—21

Swenson, P. & Struckman-Johnson, D. & Ellingstad, V. & Clay, T. & Nichols, J.: Results of a longitudinal evaluation of court-mandated DWI treatment programs in Phoenix, Arizona. *Journal of Studies on Alcohol* 42 (1981): 7, 642—653

Utzelmann, H.: Rückfallquote von Teilnehmern an Kursen nach dem Modell "Mainz 77". *Blutalkohol* 20 (1983), 449—455

Utzelmann, H.: Die Bedeutung der Rückfallquote von Teilnehmern an Kursen nach dem Modell "Mainz 77" unter neuen Gesichtspunkten. *Blutalkohol* 21 (1984), 396—402

Valverius, M.: Kombinera straff med vård vid trafiknykterhetsbrott. *Alkohol och narkotika* 77 (1983): 1, 33—36

Weisner, C. & Room, R.: Financing and ideology in alcohol treatment. *Social Problems* 32 (1984), 167—184

Vingilis, E.: Drinking drivers and alcoholics — are

they from the same population? In: Smart, R. B. & al. (eds.): *Research advances in alcohol and drug problems*. Vol. 7. New York & London: Plenum Press, 1983

Voas, R. & Williams, A.: Age differences of arrested and crash-involved drinking drivers. *Journal of Studies on Alcohol* 47 (1986), 244—248.

## *English Summary*

### ***Juhani Lehto: Voiko rattijuoppoutta hoitaa? (Is there a cure for drunk driving?)***

Are those who drink and drive alcoholics? Or are they part of a larger group of problem drivers — the "carholics"? As penalties do not stop problem drivers from renewing their offence, would treatment have better results?

This article looks for answers to these questions by summarizing results from experimental treatment of those who drink and drive reported in the international literature.

The results from these experiments can be summarized as follows:

1. The outcome of uncontrolled and unsatisfactorily organized experiments is better than that of controlled experiments.

2. Those with a less severe drinking problem benefit more from all programmes than those with a severe drinking problem; they also do better without any treatment.

3. For all treatment models there are reports which on the one hand show that those treated do better than the control group and on the other that there is no difference in outcome.

4. The results of treatment depend on the method used to measure the outcome. The results are best when they are measured by changes in attitude and information. The programmes have less effect on alcohol consumption. The results are poorest if measured by a decreased proneness to accidents.

5. The various treatment models cannot be ranked on the basis of the reported results.

What is interesting is that practically all the experiments have been prompted by traffic safety considerations. Another starting point would be to respond to the need for treatment which manifests itself in drinking and driving. The treatment would in that case be offered to those with a severe drinking problem regardless of its effects on traffic safety.

*Alkoholipolitiikka Vol. 53: 86—92, 1988*